



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

La terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno depresivo mayor

Autor/es

AMAIA GARMENDIA BENITO

Director/es

IVAN SANTOLALLA ARNEDO

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

DERECHO

Curso académico

2019-20



La terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno depresivo mayor,
de AMAIA GARMENDIA BENITO

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2020

© Universidad de La Rioja, 2020

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA



LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR – COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS

AUTORA: AMAIA GARMENDIA BENITO



TRABAJO FIN DE GRADO

LOGROÑO, 14 DE MAYO DE 2020

TUTOR: IVÁN SANTOLALLA ARNEDO

4º CURSO DE ENFERMERÍA – CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA

ÍNDICE

RESUMEN	3
Introducción	4
I. Trastorno mental grave (TMG).....	4
a. Trastornos depresivos	7
b. Psicoterapia	12
Justificación	18
Objetivos	18
Metodología	19
Resultados	23
Conclusiones	26
Bibliografía	27

Resumen

El trastorno depresivo mayor es un problema de salud mental importante causado por múltiples factores que afectan a miles de personas en todo el mundo. Su alta prevalencia, la discapacidad que causa, su frecuente comorbilidad y alto costo social genera un especial interés en realizar una valoración por enfermería con un tratamiento terapéutico como la terapia cognitivo-conductual para verificar su efectividad. El objetivo de esta revisión es valorar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes adultos con trastorno depresivo mayor y verificar si tras recibir el tratamiento, aumenta la calidad de vida. Se observa que esta terapia es eficaz en reducir los síntomas depresivos al igual que reduce la tasa de recaídas y nuevos episodios depresivos, favoreciendo así el bienestar físico y emocional, aunque no siempre la calidad de vida.

Palabras clave: trastorno mental grave; trastorno depresivo mayor; calidad de vida; terapia cognitivo-conductual

ABSTRACT

Major depressive disorder is a major mental health problem caused by multiple factors that affect thousands of people all over the world. Its high prevalence, the disability it causes, its frequent co-morbidity and its high social cost generate a special interest in performing a nursing assessment with a therapeutic treatment such as cognitive-behavioral treatment to verify its effectiveness. The aim of this review is to assess the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in adult patients with major depressive disorder and to see whether it increases quality of life after treatment. It is observed that this therapy is effective in reducing depressive symptoms as well as reducing the rate of relapses and new depressive episodes, thus promoting physical and emotional well-being, although not always quality of life.

Key words: severe mental illness; major depression disorder; quality of life; behavioral cognitive therapy

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) *“la salud mental es un componente integral y esencial de la salud.”* Asimismo, es un estado de bienestar donde las personas tienen la capacidad de enfrentarse al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y por supuesto, de contribuir a su comunidad. Con lo cual, es más que la ausencia de enfermedad. Observando el lado positivo de la salud mental, es la base de un bienestar individual y del correcto y eficaz funcionamiento de la comunidad. Por consiguiente, es imprescindible para pensar, expresar sentimientos, interactuar con los demás y disfrutar de la vida, ya sea individualmente o en colectivo. (1)

La enfermedad mental ha tenido un recorrido desigual frente a otras enfermedades basándose en la ignorancia y el miedo teniendo en cuenta que estas personas han sido estigmatizadas, discriminadas, abandonadas y excluidas socialmente. Esto ha impedido acceder de forma normal a los sistemas de salud, por lo que, es un problema social determinante. La respuesta a este enorme obstáculo cambia hoy en día gracias a la reforma psiquiátrica que permite una atención más personalizada y adecuada a los pacientes mentales en el ámbito biopsicosocial. Todo esto supone un gran esfuerzo para que la situación se normalice y la enfermedad mental se integre en la atención sanitaria. (2) No obstante, queda un largo camino hasta lograr que la salud mental sea debidamente considerada. En este aspecto, se deben resolver el descuido de los servicios, la atención a la salud mental, la discriminación de las personas con trastorno mental y las discapacidades psicosociales. (3)

Debido a la estigmatización social y la falta de conciencia, las personas con enfermedad mental sufren una violencia que no se trata lo suficiente y, además, se normalizan situaciones intolerables en cuestiones de derechos humanos. (4) Por ello, es sumamente necesaria la gestión de distintos recursos para obtener una continuidad de cuidados de las personas con enfermedad mental. En efecto, es el Centro de Salud Mental (CSM) donde principalmente se realizan dichos cuidados incluida la atención a las personas con enfermedad mental crónica. (5)

I. Trastorno mental grave (TMG)

Un **trastorno mental grave (TMG)** es “el resultado de un desequilibrio entre aspectos biológicos y sociales que reflejan una alteración de las funciones cerebrales como son la atención, la memoria, el pensamiento, el estado de ánimo, la sensopercepción, aprendizaje y la conducta, los cuales intervienen en la vida y productividad del individuo.” (6) Éste, además de conllevar un grado variable de discapacidad y disfunción social, por

un lado, debe tener una cierta cronicidad, es decir, la evolución de 2 años o más y, por otro lado, contener la presencia y grado de discapacidad en el cual el/la paciente presente una gran dificultad en el funcionamiento familiar, social y laboral. (7)

Son trastornos de larga evolución que comienzan en la adolescencia o siendo adultos jóvenes con posibles remisiones y/o recurrencias que causan un gran impacto en el día a día (7) ya que presentan déficits, en mayor o menor grado respecto a la autonomía, autocuidado, autocontrol, funcionamiento cognitivo, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre. Estas personas, además, tienen una elevada tasa de discapacidad y mortalidad. (8) De hecho, hay una fuerte relación entre el trastorno mental y el suicidio ya que el 90% de la gente que se suicida sufre de ello. (9)

Por otra parte, componen un sector especialmente vulnerable ya que tienen grandes dificultades de integración social en la comunidad. El acceso laboral es una barrera que desafortunadamente aún persiste debido a los prejuicios que existen en la sociedad cuestionando muchas veces su capacidad y comportamiento, llevado a cabo por un desconocimiento social sobre la enfermedad mental. Esto genera el impedimento de la participación e inclusión plenas y efectivas. (10) Estas personas deben hacer frente, por tanto, a un doble conflicto cada día. Por una parte, los propios síntomas del trastorno, y, por otra, al estigma social que se asocia con el mismo trastorno mental. Estos dos fenómenos tienen secuelas importantes en su proceso de integración social y en su calidad de vida. (11)

Uno de los aspectos que se ve más alterado en las personas con trastorno mental es la calidad de vida (8) dado que una persona experimenta la misma cuando sus necesidades básicas se cumplen al igual que cuando tiene las mismas oportunidades que las demás personas para conseguir metas en la comunidad, la escuela, el hogar y el trabajo. (12) Por otro lado, no sólo influyen las características propias del individuo (8) sino que se relaciona también con la condición de vida y la interacción que establece la persona con su entorno. (12)

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, refleja el impacto que tienen una enfermedad y su tratamiento en la percepción del paciente sobre su bienestar. Es una medida a la que se le modifica su valor dependiendo de las limitaciones físicas, sociales, psicológicas, las políticas de salud o el tratamiento. Es decir, la influencia que genera el estado de salud en la percepción subjetiva de una persona sobre la capacidad de poder realizar actividades importantes. (13)

Alrededor de 450 millones de personas padecen alguna enfermedad mental en todo el mundo. (14) Debido al impacto de sufrimiento, desestructuración familiar y del entorno que provocan, los TMG suponen un problema de primera magnitud. Asimismo, se afirma que actualmente al menos un 9% de la población (excluyendo trastornos por uso indebido de sustancias) padece un trastorno mental grave y que el 15% o más lo padecerá en el futuro, aumentando aún más en los próximos años. (15) Es de gran interés saber que es un total del 12,5% de todas las patologías superando a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer. (14)

Debido a la problemática social y la alta prevalencia de los trastornos mentales, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado un documento de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud que cree prioritario con el fin de: (16)

- Generar conciencia social para poder intervenir de forma efectiva y eficiente
- Reducir la discriminación social
- Favorecer la promoción de la salud física del enfermo mental y la salud mental de la población
- Garantizar la continuidad de cuidados a personas con TMG y persistente mediante recursos sanitarios y sociales
- Favorecer la formación en el campo de la salud mental
- Establecer medidas eficaces para paliar la carga familiar

Por tanto, estas personas necesitan una atención integral a distintos niveles e intervenciones diferentes (ya sean farmacológicas como no farmacológicas, psicoeducación, programas de prevención y promoción, etc.) dirigida por equipos interdisciplinarios en una red de salud mental con el objeto de que los individuos que sufren de estos trastornos puedan obtener su propia autonomía, aumentar la calidad de vida, conseguir el bienestar personal e integrarse en la participación social para poder recuperarse o conseguir un mejor nivel de vida. (15)

a. Trastornos depresivos

Dentro de los trastornos mentales graves se encuentran los **trastornos depresivos**, que son síndromes complejos y heterogéneos. Éstos se caracterizan por una alteración del estado de ánimo (bajo, entumecido, irritable...) junto con una serie de alteraciones cognitivas (sentimientos de inutilidad, dificultad para concentrarse, etc.) y síntomas físicos (fatiga, falta de energía...). (17)

Existen varias taxonomías clínicas de uso internacional, y entre ellas, destacan el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales).

La quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5 o DSM-V) incluye siete diferentes trastornos dentro de la categoría de trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, otros trastornos depresivos específicos y trastornos depresivos inespecíficos. (18)

El **trastorno depresivo mayor o depresión unipolar** es un “trastorno caracterizado por una agrupación de síntomas afectivos donde predominan el ánimo deprimido y la anhedonia, también pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo y algunos somáticos. La clave para diferenciar estas alteraciones afectivas del estado de ánimo basal de un individuo, se daría por la persistencia y la severidad de los síntomas depresivos, y la alteración producida por ellos en las esferas social, laboral y personal del funcionamiento del individuo.” (19)

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor

- | |
|--|
| <p>A. Presencia de por lo menos 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de por lo menos 2 semanas representando un cambio de la función previa; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> |
|--|

- b. Disminución importante del interés, o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todos los días.
- c. Pérdida importante de peso o aumento de peso sin hacer dieta o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- d. Presencia de insomnio o hipersomnia casi cada día.
- e. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. (observable por parte de los demás; no sólo la sensación subjetiva de inquietud)
- f. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- g. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche).
- h. Disminución en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, casi todos los días.
- i. Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto ni se explican mejor por la presencia de un duelo.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5o. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013 (18)

Además de estos síntomas, la depresión mayor puede estar caracterizada también por llanto, irritabilidad, retraimiento social, falta de libido, baja autoestima, pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia (20) y la susceptibilidad biológica genéticamente determinada. Igualmente, predisponen el temperamento y los rasgos de personalidad. (21) De igual manera, se pueden clasificar mediante 4 tipos de síntomas según su naturaleza, área afectada y características. (18)

Tabla 2. Síntomas de la depresión mayor

Síntomas anímicos	Síntomas motivacionales y conductuales	Síntomas cognitivos	Síntomas físicos
Tristeza intensa o irritabilidad	Anhedonia	Incapaz de hacer frente al dolor de la depresión	Fatiga
Estado de ánimo deprimido persistente	Desprecio por uno mismo	Rumiación pesimista	Aumento o disminución del apetito y del peso
Intensa infelicidad y miseria	Poner fin a la vida por sentimientos de inutilidad, de no ser digno de vivir	No se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos	Insomnio o hipersomnia
Sensación de vacío		Autocrítica	

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5o. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013 (18)

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. (22) (Anexo 1, 2) En relación con los síntomas, existen distintos cuestionarios que miden la severidad de los mismos entre los cuales destacan la **Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HDRS)** compuesto por 17 ítems (23) y **El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)** de 21 ítems. (24)

La depresión unipolar, es algo complicada ya que no depende de una causa concreta, sino que es un resultado multifactorial. Se influencia por factores sociales, psicológicos, del comportamiento, ambientales, genéticos, hormonales, inmunológicos, bioquímicos, neurodegenerativos (25) o haber sido provocada por condiciones de estrés. (20)

Es preciso señalar que hay situaciones personales, familiares, sociales, cognitivos y genéticos que se convierten en factores de riesgo e incrementan la depresión y posible conducta suicida. (26)(27)(28)

- **Factores personales:** el alta reciente de una unidad de hospitalización psiquiátrica, la mala evolución del trastorno depresivo, ya sea por recaídas o por la persistencia de sintomatología activa, la mala adherencia al tratamiento farmacológico prescrito, antecedentes de ideación o tentativas suicidas, la existencia de antecedentes de intentos autolíticos en el pasado, ya que este último se asocia al posible suicidio consumado. Cuantos más intentos de suicidio, más riesgo; cuanto más grave hayan sido los previos intentos, más riesgo; y, por último, a mayor grado de ocultación de los mismos, mayor riesgo. Los sentimientos de fracaso personal, la baja autoestima, la dependencia hacia alguien, la indefensión, la desesperanza frente a la vida y el futuro, la homosexualidad, bisexualidad o transgénero y no ser entendido/a.
- **Factores familiares:** antecedentes familiares de suicidio, abuso de alcohol o drogas en la familia, haber sido víctima de maltrato físico, psicológico y/o abuso sexual.
- **Factores sociales:** el desempleo, la pobreza, la ausencia o pérdida de una red social de apoyo, el aislamiento y exclusión social, la dificultad para acceder a los servicios de atención socio-sanitarios especializados como los servicios de Salud Mental y Servicios Sociales y para terminar la presencia de acontecimientos vitales negativos como, por ejemplo, la muerte de una persona querida, problemas legales, etc.
- **Factores cognitivos:** los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales son factores que tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información.
- **Factores genéticos:** la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Con lo cual, este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo.

Cabe destacar que el trastorno depresivo mayor afecta a más de 151 millones de personas en todo el mundo y, además, es una de las mayores causas de años perdidos

de vida saludable, por lo que, resulta incapacitante. La evidencia refiere que es una enfermedad crónica y recurrente. (20) Se calcula que para este año 2020, será la segunda causa de discapacidad más común (29) y que para el año 2030 sea la primera causa de años de vida perdidos por discapacidad. (25)

Muchas de las personas que sufren depresión no buscan ayuda a pesar de que haya tratamientos que son efectivos y estén al alcance de la mayoría. Esto concluye que algunas personas sienten vergüenza, otras ni siquiera reconocen la necesidad que tienen de recibir un tratamiento y otros, que no hay tratamiento que les cure. Es importante concienciar a estas personas y a toda la población en general, de que hay que buscar ayuda y, sobre todo, buscar alternativas a esta tremenda enfermedad. Igual que pasa con otro tipo de enfermedades, cuanto más tiempo pase, más difícil será de tratar. (30) Con relación a lo anteriormente dicho, se necesita algo más que la propia voluntad para luchar y actuar sobre el trastorno depresivo, por lo que, el tratamiento se considera algo totalmente necesario. Éste se basa en una relación estrecha entre paciente y terapeuta. En función de ello, se determina cuál va a ser el plan a seguir. En definitiva, implica un importante compromiso por ambas partes. (30)

Existen distintas formas de tratamiento. Entre las diferentes vías, se encuentran las siguientes: la medicación, la psicoterapia y en casos más graves la terapia electroconvulsiva (TEC). (31)

Los circuitos nerviosos del cerebro pueden contribuir en la depresión de una persona y obstaculizar su tratamiento. (31) Varios estudios genéticos han identificado que el sistema límbico regula el control de las emociones, y que este sistema se regula por distintas vías nerviosas que son las que liberan la noradrenalina (NA), dopamina (DA), serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACh). Estos transmisores químicos interactúan para dar origen tanto a las emociones placenteras como a las desagradables. (20)

Siguiendo la misma línea, estudios científicos demuestran que pacientes con depresión mayor presentan un mayor flujo sanguíneo y un mayor metabolismo en varias zonas del cuerpo. También, que se observan alteraciones neurobiológicas como cambios estructurales, cambios celulares, moleculares y neuroendocrinos. Otro aspecto que se puede contemplar es que hay ciertas áreas cerebrales que se implican con el trastorno depresivo mayor como la amígdala, la corteza prefrontal, la corteza cingulada y el hipocampo y que, además, se observa una reducción en el volumen y grosor de éstos. Esta reducción se ha encontrado en personas que padecen una depresión mayor y, por otro lado, en personas sometidas a estrés crónico, por lo que, se cree que tal estrés puede inhibir la neurogénesis. Estos pacientes que muestran una reducción en el volumen del hipocampo, son los menos propensos a remitir tras haber recibido tratamiento durante un año. (20)

Por último, varias hipótesis refieren que el déficit funcional de la noradrenalina y la serotonina en las regiones límbicas del cerebro, son la causa de la depresión. Después de lo cual, ésta es debida a la reducción en la disponibilidad de NA y 5-HT. Con relación a la serotonina, se sintetiza a partir del L-triptófano (aminoácido) obtenida por la dieta y ésta y sus receptores, tienen la influencia en varias funciones del cerebro que incluyen el sueño, la percepción sensorial, la actividad motora, el apetito, la nocicepción, el comportamiento sexual, la regulación de la temperatura y la secreción de las hormonas. Se ha demostrado que una dieta pobre en este aminoácido, provoca síntomas depresivos tanto en individuos que están en remisión durante el tratamiento como en los que tienden a desarrollar la depresión. Existe una evidencia sólida en lo que se refiere al efecto terapéutico de antidepresivos ISRS, los cuales aumentan la disponibilidad de la serotonina en las sinapsis reduciendo así los síntomas depresivos. (20)

Por esta razón, los **antidepresivos** son imprescindibles para actuar mediante el incremento de la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores y poder modificar el dicho circuito neurológico. (31)

Existe la opción de la **terapia electroconvulsiva (TEC)**. Este método se utiliza en casos de depresión mayor severo cuando los pacientes no han respondido al resto de tratamientos y, además, pueden cursar con una desconexión de la realidad o el deseo de suicidio. Es un procedimiento que se lleva a cabo bajo anestesia general y consiste en pequeñas corrientes eléctricas que pasan a través del cerebro mediante unos electrodos de forma que se desencadena una breve convulsión. (31) (32)

b. Psicoterapia

La psicoterapia es una intervención terapéutica que se basa en fomentar el cambio conductual y psicológico de las personas a través de técnicas y capacidades para conseguir una mejora de su estado mental. (33) Puede ayudar a eliminar o tener un control de síntomas para que así estas personas puedan tener una mejor funcionalidad y aumentar su bienestar. Asimismo, la psicoterapia facilita al paciente en el desarrollo de actividades de la vida diaria, el trabajo del duelo y potencia el control de la clínica derivada de su patología, entre otros. (34)

Existen distintos tipos de psicoterapia, entre los cuales están: La terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia dialéctica conductual, la terapia psicodinámica, el psicoanálisis, la terapia de apoyo y algunas adicionales que pueden

utilizarse en combinación con la psicoterapia que incluyen la terapia asistida por animales, terapia de artes creativas y terapia de juego. (34) Entre todas estas, la terapia cognitivo-conductual suele ser una de las terapias más destacadas. Es un tipo de psicoterapia que ayuda a solventar los problemas y a reconocer los pensamientos distorsionados para cambiar la actitud y dicho pensamiento. (31) De igual manera, ayuda a visualizar momentos que exigen una mayor claridad. (35)

Uno de los principales sujetos que se encarga de este tipo de tratamiento es el personal de enfermería, siendo su función principal el cuidado. (36) Para ello, utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el cual se basa en cuidar las necesidades de nuestros pacientes, la familia y comunidad de manera homogénea, estructurada, sistemática y lógica. (37) El proceso enfermero, en conjunto, se desglosa en 5 fases: (38)

1. Valoración: se valoran las necesidades de cuidados. Estructurada por patrones funcionales de Marjory Gordon o las necesidades básicas de Virginia Henderson
2. Diagnóstico, recogidos por la taxonomía NANDA
3. Planificación, que permite organizar los cuidados que se aplicarán en la siguiente fase
4. Ejecución, aplicar intervenciones NIC
5. Evaluación: evalúa la evolución del paciente encaminado hacia el logro de sus objetivos

Del mismo modo, está el Plan de Cuidados, que básicamente es el conjunto de actividades enfermeras a seguir para el desarrollo del mismo. (37) Respecto a la **actividad enfermera**, es toda actividad o acción específica que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Para realizar un plan de cuidados en pacientes con trastorno depresivo mayor, el más adecuado sería el plan de cuidados individualizado ya que se utiliza para situaciones más crónicas y prolongadas. (38)

Tabla 3. Relación PAE / Plan de cuidados

Fases del PAE	Plan de cuidados
Valoración	Toma de datos
Diagnóstico	Plantear diagnósticos enfermeros (NANDA)
Planificación	Establecer resultados (NOC)
Ejecución	Ejecutar intervenciones (NIC)

Evaluación	Evaluar plan de cuidados
------------	--------------------------

Fuente: Marín Palacios B. Fundamentos de enfermería. Universidad de La Rioja; 2016. (38)

La obtención de datos empieza teniendo un primer contacto con el paciente, recogiendo y registrando los datos que sean necesarios. Esto durará todo el tiempo que lo atendamos, por lo que, será un proceso continuado. Debemos garantizar una valoración lo más completa posible, por tanto, es de gran importancia observar, realizar la entrevista de enfermería y la valoración física del paciente además de obtener los datos del paciente, de la familia, datos de la historia clínica y la información verbal o escrita que nos hayan facilitado otros profesionales. Todos estos datos nos aportarán un problema específico. Por tanto, es una valoración focalizada ya que el paciente nos podrá mostrar quejas hacia problemas concretos y de ahí obtendremos los patrones que tenga alterados. (36)

La entrevista de enfermería es una parte que no puede faltar dado que ésta, establece un clima de confianza y empatía que valdrá de referente en todo el tiempo que vayamos a dedicar a sus cuidados. Asimismo, esta relación definirá la calidad del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Para que la relación paciente-enfermera sea eficaz, hay que tener en cuenta varios factores para que nada pueda interrumpir la entrevista, como, por ejemplo, el espacio donde se permanezca y las técnicas o habilidades que ayuden a expresar y elaborar los sentimientos del paciente. Para llevar a cabo una relación terapéutica lo más cuidadosa posible, es importante cuidar ciertas normas que son básicas: asegurar la intimidad creando un entorno tranquilo e íntimo, llamar al paciente por su nombre, presentarnos como su enfermera mostrando interés por su bienestar, explicarle cuál es la finalidad de esta intervención para conocer mejor su situación personal y familiar, y así, poder ayudarle. Otra característica muy importante es mantener un buen contacto visual; es vital que prestemos atención al paciente y que éste se sienta escuchado. Tampoco es bueno que manifestemos prisa o que podamos expresar impaciencia porque podrían distorsionar la comunicación, sintiéndose así, no atendido. Igualmente, el lenguaje no verbal es esencial porque muchas veces demuestra mucho más que el lenguaje verbal. Hay que observar muy bien el aspecto general que presenta nuestro paciente, ya sea su higiene, etc. El lenguaje corporal, a su vez, nos demostrará si el paciente está cómodo, nervioso y demás. Por último, es imprescindible prestar atención a las interacciones del paciente, es decir, atenderemos las respuestas del paciente vigilando la comprensión del lenguaje dado que, un lenguaje nuestro muy técnico podría ser una barrera en la relación. (36)

Por otra parte, es importante saber cómo formular las preguntas. Primero se debe preguntar el motivo de su consulta porque nos dará información sobre su situación, y

también de si es consciente de su enfermedad, entre otras cosas. Debemos utilizar una terminología adecuada, clara y comprensible. Asimismo, usaremos preguntas abiertas, para fomentar su expresividad y para que nos responda con explicaciones. No es buena idea empezar preguntando cosas personales que puedan ser delicadas para nuestro paciente. Si vemos que el paciente no se siente cómodo, deberíamos aplazar la entrevista a otro momento. Para finalizar, es imprescindible actuar con un protocolo de referencia para que tenga sentido y no olvidarnos de posibles detalles importantes. Otra cosa que no puede faltar en la entrevista es la escucha activa. Es importante no responder inmediatamente, ni tener una actitud desafiante. Debemos dejar que el paciente se explique y se exprese permitiéndole acabar las frases. Nunca mostraremos impaciencia ni agobiaremos preguntándole muchas cosas seguidas. Esperaremos el tiempo necesario para que se sienta tranquilo. (36)

La comunicación es una herramienta muy importante para conseguir un cuidado de calidad y poder mejorar la problemática del paciente. Una relación interpersonal enfermera-paciente podría aumentar el bienestar, por tanto, es de vital importancia cuidarla ya que ocupa un lugar prioritario en la práctica profesional de la enfermería, siendo ésta el eje que articula los cuidados. La percepción de expresiones y posibles señales corporales puede ir más allá permitiendo que las emociones y sentimientos promuevan la comprensión integral de nuestros pacientes. Por tanto, la comunicación es fundamental ya que fomenta la calidad del cuidado, establece una buena relación terapéutica y es un instrumento básico que sustenta el proceso del cuidado. (39)

Como se ha mencionado anteriormente, la comunicación establece una buena relación terapéutica. Hasta hace varios años, existió la conocida madre de la enfermería psiquiátrica **Hildegard Peplau**, que fue quien desarrolló la teoría de las relaciones interpersonales, centrándose en la relación enfermera-paciente con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades. Según Peplau, la salud es una palabra que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. (40) Por otro lado, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (41) Por ende, nosotras como enfermeras ayudamos a cubrir a las personas sus necesidades de salud mediante las intervenciones que determinan su evolución, el de la familia y la sociedad, en general. (36)

NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association Internacional) está compuesto por diagnósticos enfermeros que se definen como juicios clínicos sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Además, proporcionan la base para seleccionar intervenciones con el fin de lograr objetivos de los cuales las enfermeras son responsables. << *El diagnóstico de enfermería son los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en*

virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar. >> (M. Gordon). Estos diagnósticos, aportan un lenguaje estandarizado lo que permite una comunicación clara entre los miembros del equipo sanitario y la recogida de datos para una mejora continua en el cuidado del paciente. Dentro de esta taxonomía, encontramos varios diagnósticos de enfermería que podrían utilizarse para la depresión mayor y posteriormente realizar las intervenciones enfermeras adecuadas. (38)

El diagnóstico de enfermería **Deterioro de la regulación del estado de ánimo [00241]** se define como el estado mental que se caracteriza por cambios de afecto o humor, formado por un conjunto de manifestaciones afectivas, somáticas, cognitivas y/o fisiológicas que varían de leves a graves y se caracterizan por abandono, actitud triste, autoestima afectada, desesperanza y deterioro de la concentración entre otros.

El diagnóstico de enfermería **Afrontamiento Ineficaz [00069]** que se refiere a la incapacidad de una apreciación válida de agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles. Se caracteriza por el comportamiento destructivo hacia sí mismo, una alteración de la participación social, incapacidad para resolver los problemas, falta de sueño, apetito, insomnio, autoestima baja e incluso una depresión crónica, entre otros.

El diagnóstico de enfermería **Fatiga [00093]** definido como una sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual. Se caracteriza por el desinterés por el entorno, la disminución en la ejecución de las tareas, los sentimientos de culpa y la falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física, entre otros.

El diagnóstico de enfermería **Insomnio [00095]** el cual se define como el trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Ante la presencia de estos problemas de salud, se realizarán intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification) después de haber establecido los objetivos correspondientes para cada diagnóstico NANDA. Las intervenciones enfermeras se basan en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado. Asimismo, incluyen cuidados directos e indirectos. (38)

- Intervenciones directas: tratamiento realizado interactuando con el paciente y/o familia por medio de nuestras acciones enfermeras y que comprenden acciones de enfermería fisiológicas, psicosociales y/o de apoyo.
- Intervenciones indirectas: tratamiento que se realiza en beneficio del paciente o grupo de pacientes sin que estén presentes.

A continuación, se muestran varias de las intervenciones que se podrían llevar a la práctica en el trastorno depresivo mayor: [4350] Manejo de la conducta, [4920] Escucha activa, [7280] Apoyo emocional, [6486] Manejo ambiental: seguridad, [6650] Vigilancia, [5330] Control del estado de ánimo, [5820] Disminución de la ansiedad, [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad, [4720] Estimulación cognitiva, [5230] Mejorar el afrontamiento, [1850] Mejorar el sueño, [4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales, [5400] Potenciación de la autoestima, [5250] Apoyo en la toma de decisiones y [5440] Aumentar los sistemas de apoyo. (42) Una vez realizadas las intervenciones correspondientes, obtendremos los resultados NOC (Nursing Outcomes Classifications) mediante los objetivos realistas, medibles, alcanzables y evaluables que nos habíamos planteado. Finalmente, se debe registrar todo el proceso llevado a cabo ya que esto va a favorecer la investigación sistemática, la mejora de la calidad y continuidad en el proceso asistencial. (38)

Cabe destacar que sería de gran ayuda establecer prioridades para el abordaje de los problemas de forma clara y de tal forma que orienten y guíen la actuación enfermera. En efecto, sería de gran interés detectar problemas que amenacen la vida del individuo, los problemas que perciba el propio paciente como prioritarios, también problemas que puedan contribuir a ser permanentes o causen la aparición de otros problemas, y, por último, pero no menos importante, problemas que se puedan resolver desde un enfoque multidisciplinar. (38)

Para finalizar, la evaluación es la fase donde se observa la conducta y la interacción del paciente, y estos nos harán saber por medio de datos y signos si el objetivo ha sido logrado. A modo de cierre, se valorará el cumplimiento de los criterios de resultados y se introducirán los cambios que creamos necesarios. (36)

Justificación

La depresión es un problema de salud mental cuya incidencia va en aumento en nuestra sociedad. La discapacidad que causa además de los problemas sociales con los que convive son sumamente peligrosos para la salud, por ello, es considerable realizar terapias cognitivo-conductuales, individuales y/o grupales, aplicando las intervenciones enfermeras para así, mejorar el funcionamiento físico y mental de los pacientes depresivos.

Objetivos

- General

Valorar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en pacientes adultos con trastorno depresivo mayor y verificar si tras recibir el tratamiento, mejora la calidad de vida.

- Específicos

- Verificar si tras la terapia cognitivo-conductual se consiguen reducir los síntomas depresivos y así, mejorar la calidad de vida del paciente con trastorno depresivo mayor.
- Valorar si la terapia cognitivo-conductual logra evitar recaídas de nuevos episodios depresivos y/o reducir la tasa de recaídas y así, aumentar la calidad de vida.

Metodología

El actual trabajo consiste en realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual a pacientes adultos con trastorno depresivo mayor con el fin de verificar si tras recibir este tratamiento, aumenta la calidad de vida.

Pregunta PICO

Se entiende que la población en este caso, son las personas adultas que sufren trastorno depresivo mayor, incluidos ambos sexos. La intervención se refiere a la terapia cognitivo-conductual para poder observar si tras realizar la terapia indicada, aumenta la calidad de vida en estas personas. Por último, el resultado es la eficacia que tiene la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión mayor.

¿Realizar una terapia cognitivo-conductual es eficaz en pacientes adultos con trastorno depresivo mayor?

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Para realizar esta revisión se han llevado a cabo varios criterios de inclusión los cuales son, una población adulta, incluidos ambos sexos; revisiones publicadas en los últimos 10 años; artículos en inglés y castellano únicamente; textos completos y gratuitos y, por último, ámbitos de ciencias de la salud y psicología.

Criterios de exclusión:

Se han excluido criterios como personas con trastorno depresivo y a su vez, padecer de otras enfermedades médicas (cáncer, etc.); una población menor de 15 años; la depresión postparto; cualquier otro trastorno depresivo que no sea la depresión mayor o unipolar (la distimia, trastorno depresivo postraumático...); textos que sean más antiguos que los publicados hace 10 años, es decir, más antiguos que el 2010 y, para terminar, terapias que no sean la cognitivo-conductual.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática y exhaustiva en las bases de datos bibliográficas Pubmed, Cochrane, Scielo, Dialnet y Elsevier no siendo efectivas las últimas tres. La búsqueda de los artículos se realizó desde lo más general sin ningún tipo de filtro hasta búsquedas más concretas utilizando los términos booleanos.

La búsqueda bibliográfica realizada en Pubmed, al principio fue sin filtros para búsquedas más generales y después, se usaron los filtros como publicaciones de libre acceso, antigüedad de los documentos, que fuesen realizados en humanos, etc. para búsquedas más concretas. Además, se usaron términos booleanos para afinar la búsqueda. En la siguiente base de datos que se utilizó, Cochrane, resultó ser parecido. Primero se buscó sin ningún tipo de filtro, pero después, se concretó utilizando distintos tipos de filtros para buscar más a fondo.

La justificación de la elección de las bases de datos bibliográficas es la siguiente:

Pubmed, es una base de datos de libre acceso que está desarrollado por el National Center of Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM) y su principal componente es Medline, el cual tiene acceso a más de 12 millones de referencias bibliográficas de artículos de 4600 revistas biomédicas publicadas en Estados Unidos y otros 70 países. Se dota de campos como medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas.

Cochrane es una base de datos bibliográfica donde se encuentran revisiones sistemáticas de principales investigaciones sobre las políticas y la atención del cuidado de la salud de los seres humanos. Se encuentra información de alta calidad y la evidencia de esta base de datos proporciona una poderosa herramienta para mejorar el conocimiento de la salud. Además, se basa en pruebas de investigación que están actualizadas constantemente.

A continuación, se podrá ver la información y los términos llevados a cabo para realizar la estrategia de búsqueda en las bases de datos anteriormente comentadas.

PUBMED

Estrategia de búsqueda	Filtros	Resultados	Seleccionados
Major depressive disorder AND cognitive-behavioral therapy	Free full text; 10 years; humans; English and Spanish; Review	125	6
Cognitive-behavioral therapy depression	Free full text; 10 years; humans; English and Spanish; Systematic reviews	184	2
Major depression AND suicidality AND cognitive behavioral therapy		157	1
Major depressive disorder AND relapse AND therapy	Free full text; 10 years; humans; English and Spanish; review	67	2
Major depressive disorder AND therapy AND quality of life	Free full text; 10 years; humans; English and Spanish; 19-64 years; review	25	1

COCHRANE			
Estrategia de búsqueda	Filtros	Resultados	Seleccionados
Depression AND psychological therapy	Mental health; Depression	40	1

Tabla 3. Elaboración propia

Asimismo, se han utilizado otras vías de búsqueda con el fin de tener un mayor conocimiento sobre aspectos a tratar en el actual trabajo, las cuales son:

- Información que contienen guías, manuales y libros relacionados con el tema
- Páginas web oficiales: Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, entre otros.
- Búsqueda manual de referencias bibliográficas de artículos que eran más relevantes en cuanto al tema

Términos que se han utilizado la para la búsqueda:

A la hora de realizar las búsquedas bibliográficas se han utilizado varios términos en castellano y los mismos en inglés.

- Inglés: "Major depressive disorder" "psychotherapy" "Quality of life" "Cognitive behavioral therapy" "Depression"
- Castellano: "Trastorno depresivo mayor" "Psicoterapia" "Calidad de vida" "Terapia cognitivo-conductual" "Depresión"

Términos **Booleanos**

El término utilizado ha sido AND.

Resultados

Intervención enfermera en la reducción de síntomas del trastorno depresivo mayor

Según Gerald Gartlehner, Gernot Wagner, Nina Matyas, et. al. la terapia cognitivo-conductual consigue reducir los síntomas depresivos tales como el estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, los pensamientos de autolisis, el insomnio, la fatiga o pérdida de energía, la inhibición, la agitación, la ansiedad y la pérdida de peso hasta en un 80%. Estos también afirman que en otro estudio realizado con esta terapia, tuvo el efecto de reducir los mismos síntomas hasta en un 45.5% (43)

Un estudio realizado en Boston en 2017 refiere que, si el tratamiento recibido es efectivo, puede conducir a una reducción de los síntomas depresivos, a la mejora del funcionamiento psicológico y a una mayor calidad de vida, aunque las terapias que reducen los síntomas depresivos no necesariamente resultan en una mejora de la calidad de vida. Tras la terapia cognitivo-conductual se concluye que hubo una reducción de la gravedad de los síntomas depresivos y, además, mostraron una mejor calidad de vida. (44)

Según Heleen Riper, Gerhard Andersson, Sarah B. Hunter, Jessica de Wit, Matthias Berking and Pim Cuijpers, después de la realización de la terapia cognitiva-conductual el efecto que tiene es pequeño pero significativo en la reducción de síntomas como la tristeza, el sentimiento de fracaso, el estado de ánimo respecto al futuro, la culpabilidad, la autoestima, el pensamiento de suicidio, la pérdida de interés por los demás, el insomnio y la fatiga. (45)

En dos estudios realizados en Bristol y Londres respectivamente, se concluye que los síntomas depresivos como la anhedonia, la desesperanza, el insomnio, la fatiga o pérdida de energía, el poco o excesivo apetito, el sentimiento de haber fracasado, la dificultad para concentrarse en ciertas actividades y los pensamientos de suicidio se redujeron, pero no demasiado. En cambio, la culpabilidad, la ansiedad, la inhibición y la agitación se redujeron más significativamente. (46)

Según los autores Abby D. Adler, Daniel R. Strunk y Russell H. Fazio en un estudio realizado en Ohio, concluyen que tras la terapia cognitivo-conductual se observó una mejora significativa en las habilidades de afrontamiento. Además, se lograron reducir la tristeza, la desesperanza, el sentimiento de fracaso, la culpabilidad, la autocrítica, la

autoestima, la ideación suicida, el llanto, la pérdida de interés por los demás, el insomnio, la fatiga, la pérdida de apetito y el descenso del peso. También se observó la reducción de la rumiación pesimista. (47)

En un estudio realizado en Copenhage, se verifica cómo tras la terapia cognitivo-conductual reducen la mayoría de los síntomas depresivos. (48)

Según Janus Christian Jakobsen, Jane Lindschou Hansen, Ole Jakob Storebo, et. al. la terapia cognitiva-conductual reduce significativamente los síntomas depresivos, sobre todo el estado de ánimo deprimido, los sentimientos de culpabilidad, los pensamientos del suicidio, el insomnio, las ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés, la inhibición o la lentitud de movimientos, la agitación, la ansiedad, la pérdida de apetito, la pérdida de energía, la pérdida de peso y la pérdida de apetito sexual. (49)

Un estudio realizado en Canadá concluye que la terapia cognitivo-conductual reduce los síntomas depresivos como el interés por el sexo, la rumiación pesimista, la disminución del peso, el apetito, la fatiga, el insomnio, la autoestima, la iniciativa para tomar decisiones, la pérdida de interés por los demás, el llanto, el pensamiento del suicidio, la autocrítica, el desprecio a sí mismo, la culpabilidad, el desinterés por todo, el sentimiento de fracaso, la tristeza intensa y el estado de ánimo deprimido. (50)

Intervención enfermera en la prevención de recaídas de nuevos episodios depresivos y/o en la reducción de tasa de recaídas

Varios estudios realizados en China encontraron que el riesgo de recaída después de experimentar un episodio de depresión mayor fue del 50%, después de dos episodios fue del 80% y después de tres episodios podría ser hasta del 90%. Tras realizar la terapia cognitiva-conductual en uno de los estudios, se observó que fue efectiva en un 3.2% en la prevención de recaídas durante los primeros 6 meses y en un 25.8% durante el primer año. En otro estudio realizado por los mismos investigadores, pero en este caso en un periodo de 12 meses, se concluye que, tras la TCC, el riesgo de recaídas se reduce desde un 37% al 50%. Por último, se observa que en un periodo de 2 años se reduce el riesgo de recaídas en un 76% y en más de dos años de evolución, se demuestra la gran eficacia de la prevención de las recaídas (51)

Según varios estudios realizados en San Diego y Colorado en 2014, concluyen que tras la terapia cognitiva-conductual se reduce la tasa de las recaídas entre un 29% y 35%.

En otro estudio se observa que, tras la TCC, se evitan las recaídas de nuevos episodios en un 28.8%. (52)

Según Manish Kumar Jha, Abu Minhajuddin, Michael E. Thase y Robin B. Jarrett en un estudio realizado en 2015, concluyen que la terapia cognitivo-conductual reduce el riesgo de recaídas y, además, mejora significativamente la calidad de vida de la mayoría de los pacientes indicando éstos la mejoría en la salud física, sentimientos, en el hogar y actividades sociales. (53)

En un estudio realizado en Ontario en 2017, refieren que la terapia cognitivo-conductual fue efectiva evitando en un 68% las recaídas de los nuevos episodios depresivos. (54)

Según varios estudios realizados en Singapur en 2015, la terapia cognitivo-conductual fue efectiva en reducir la tasa de recaídas al igual que evitar la aparición de nuevos episodios depresivos. Se observa que, tras recibir este tratamiento, pacientes con síntomas más severos con al menos de tres a cinco recaídas previas, obtienen mejores resultados. Estos mismos investigadores refieren que la TCC también puede tener efectos beneficiosos duraderos en evitar recaídas o recurrencias de nuevos episodios depresivos en pacientes recién diagnosticados de trastorno depresivo mayor. (55)

Conclusiones

Se puede observar que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en reducir los síntomas depresivos permitiendo así un aumento en el bienestar físico y emocional. Por lo tanto, las herramientas utilizadas por el personal de enfermería en este tratamiento, se pueden considerar válidas y efectivas ante este gran problema. Es importante destacar que, aunque la terapia haga su efecto en reducir los síntomas de la depresión mayor, no necesariamente mejora la calidad de vida de los pacientes.

Respecto a esta terapia, se puede ver que, en general, es algo eficaz en lo que a evitar recaídas y nuevos episodios depresivos se refiere, pero los resultados no son muy significativos ya que los porcentajes no son muy elevados. Únicamente, en un estudio de entre los mostrados se verifica un resultado mayor tras recibir la terapia cognitivo-conductual con un 68% de mejoría. Por otra parte, los tratamientos de duración larga, es decir, los que duran mínimo 12 meses, obtienen unos resultados mejores que los que duran menos. Por último, se ha podido contemplar en un estudio que, a mayor número de episodios depresivos previos, más eficaz es la terapia cognitivo-conductual.

En lo relativo a la calidad de vida, se ha podido observar que tras recibir la terapia cognitivo-conductual y reducir síntomas depresivos, evitar recaídas o reducir la tasa de las mismas, no necesariamente mejora la calidad de vida de estas personas ya que pocos artículos mencionan el aumento de la misma. Aunque la terapia sí puede influir en el bienestar físico y/o emocional dependiendo de la severidad de los síntomas y los que hayan reducido, al igual que si han logrado evitar recaídas, el aumento en la calidad de vida no llega a ser valorada en muchas ocasiones, por lo tanto, debe ser mejor y más valorada.

Para finalizar, la terapia cognitivo-conductual se podría utilizar a nivel de enfermería para distintos problemas que afectan a las personas directamente en su día a día sin que lleguen a ser enfermedades mentales.

Bibliografía

1. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Salud mental y Salud pública en España: vigilancia epidemiológica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;
3. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=80C3A5A801E43A05F3409A29D6D47DD4?sequence=1
4. Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental [Internet]. Madrid; 2018. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2018.pdf>
5. Caminero-Luna P, Castelo-Sardina C. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Servicio Madrileño de Salud; 2011.
6. Salmerón-Gualda MN, Montes-Parrilla R, Medina-Díaz J. Trastorno mental grave y factores de riesgo cardiovascular en el paciente mayor de 65 años. En: Investigación en Salud y Envejecimiento. Andalucía: ASUNIVEP;
7. Chapinal O. Trastorno mental grave e integración de redes. octubre de 2012;215.
8. Veliz-Mero NA, Cedeño-Zavalu VM, Haro-Alvarado JI, Macías-Intriago MG, Calderón-Ponce JF, Calderón-Ponce KA. Estrategia educativa para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedad mental grave. 29 de octubre de 2018;4:241-54.
9. Reijas T, Ferrer E, González A. Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. 2013;41(5):279-86.
10. Lamarca I. El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental. 2009;10.
11. Cazzaniga-Pesenti J, Suso-Araico A. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. 1º. Madrid; 2015.
12. Benites Morales L. Autismo, familia y calidad de vida. 2010;24.
13. Rodríguez-Vidal M, Castro-Salas M, Sanhueza-Escobar V, Del Valle-Utreras A, Martínez-Arriagada J. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. abril de 2011;11(1):66-76.
14. III Plan Salud Mental [Internet]. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://web.larioja.org/plan?n=pla-iii-plan-estrategico-de-salud-mental-de-la-rioja1>
15. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental

Grave. 2009.^a ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. 168 p.

16. Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales [Internet]. 2014. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION_ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL\(accesibilidad\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION_ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL(accesibilidad).pdf)
17. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res.* 2019;40(1).
18. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5o. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
19. Castañeda-Ramírez JJ, Moreno-Aguirre A, Alarcón-Velandia RP. Diferenciación clínica entre la depresión mayor y la depresión en el trastorno afectivo mayor. *mayo de 2010*;16(1).
20. Pérez-padilla EA, Cervantes-ramírez VM, Hijuelos-garcía NA, Pineda-cortés JC, Salgado-burgos H. Prevalencia , causas y tratamiento de la depresión Mayor. *2017*;28(2):73-98.
21. Ferre-Navarrete F. Guía de ayuda a pacientes y familiares: afrontar la depresión.
22. Depresión [Internet]. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
23. Ficha técnica del instrumento [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=57>
24. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Evaluación del inventario BDI-II. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos;
25. Ontiveros-Marquez M. Depresión y calidad de la dieta: Revisión bibliográfica. *15 de marzo de 2016*;12(1:6).
26. Guía para familiares: Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental.
27. 4. Definición, factores de riesgo y diagnóstico [Internet]. GuíaSalud. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
28. Symptoms and causes - Mayo Clinic [Internet]. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007?p=1>
29. Afrontando la realidad del suicidio [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf
30. Guías de autoayuda: ¿En qué consiste la depresión? Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2013.

31. What Is Depression? [Internet]. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
32. Terapia electroconvulsiva - Mayo Clinic [Internet]. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/electroconvulsive-therapy/about/pac-20393894>
33. Benito E. Las psicoterapias. 2008;1(1).
34. What is Psychotherapy? [Internet]. [citado 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy>
35. Terapia cognitiva conductual - Mayo Clinic [Internet]. [citado 6 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>
36. Colomer Simón AJ, Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt MÁ. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. Aragón: Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales;
37. Metodología Enfermera - Formación de Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. 2013 [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/>
38. Marín Palacios B, Martínez MS. Fundamentos de enfermería. Universidad de La Rioja; 2016.
39. Gijón-Alvarado M, Müggenburg-Rodríguez Vigil MC. Instrumentos que miden la comunicación enfermera-paciente. Enferm Univ [Internet]. 18 de junio de 2019 [citado 12 de mayo de 2020];16(3). Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/687>
40. Giselle K, Guglielmetti S, Tenis S, Díaz CA. El cuidado. 2012.
41. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
42. Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7º.
43. Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, Titscher V, Greimel J, Lux L, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. 27 de abril de 2017;
44. Hofmann SG, Curtiss J, Carpenter JK, Kind S. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. 2017;
45. Riper H, Andersson G, Hunter SB, de Wit J, Berking M, Cuijpers P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioral therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. 2013;
46. Ijaz S, Davies P, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Psychological

therapies for treatment-resistant depression in adults (Review). Cochrane Common Ment Disord Group. 2018;

47. Adler AD, Strunk DD, Fazio RH. What changes in cognitive therapy for depression? An examination of cognitive therapy skills and maladaptative beliefs. abril de 2015;

48. Jakobsen JC, Hansen JL, Storebo OJ, Simonsen E, Gluud C. The effects of cognitive therapy versus «Treatment as Usual» in patients with major depressive disorder. Plos One. 2011;6(8).

49. Jakobsen JC, Hansen JL, Storebo OJ, Simonsen E, Gluud C. The effects of cognitive therapy versus «No intervention» for major depressive disorder. Plos One. 2011;6(12).

50. Ebrahim S, Montoya L, Truong W, Hsu S, el Din MK, Carrasco-Labra A, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in patients receiving disability benefits: a systematic review and individual patient data meta-analysis. noviembre de 2012;7.

51. Zhang Z, Zhang L, Zhang G, Jin J, Zheng Z. The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2018;

52. Sheets ES, Craighead LW, Brosse AL, Hauser M, Madsen JW, Craighead WE. Prevention of recurrence of major depression among emerging adults by a group cognitive behavioral/interpersonal intervention. Natl Inst Health. my de 2014;147:425-30.

53. Jha MK, Minhajuddin A, Thase MD ME, Jarrett RB. Improvement in self-reported quality of life with cognitive therapy for recurrent major depressive disorder. 2015;167:37-43.

54. Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: a health technology assessment. Health Qual Ont. 2017;17(15).

55. Sim K, Lau WK, Sim J, Sum MY, Baldessarini RJ. Prevention of relapse and recurrence in adults with major depressive disorder: systematic review and meta-analyses of controlled trials. 2015;

Anexos

Anexo 1. Subtipos del trastorno depresivo mayor

Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
F32	Trastorno depresivo mayor, episodio único	F33	Trastorno depresivo mayor, recurrente
F32.0	Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve	F33.0	Trastorno depresivo mayor, recurrente, leve
F32.1	Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado	F33.1	Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado
F32.2	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos	F33.2	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin rasgos psicóticos
F32.3	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos	F33.3	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos
F32.4	Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión parcial	F33.4	Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión
F32.5	Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión completa	F33.40	Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión, no especificado
F32.8	Otros episodios depresivos	F33.41	Trastorno depresivo mayor,

			recurrente, en remisión parcial
F32.81	Trastorno disfórico premenstrual	F33.42	Trastorno depresivo mayor, recurrente, remisión completa
F32.89	Otros episodios depresivos específicos	F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes
F32.9	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado	F33.9	Trastorno depresivo mayor, recurrente, no especificado

Anexo 2. Procedimientos de codificación y registro de guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5

Especificador de gravedadcurso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas	296.25 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)